Münster 1935 No 91 Med DiSS

Staatliche
Chirurgische Universitätsklinik Münster i. Westf.
Direktor: Professor Dr. H. Coenen.

Ein Beitrag zum Karzinom der Lippe.

INAUGURAL-DISSERTATION
zur
Erlangung der zahnärztlichen Doktorwürde
der
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster (Westf.)

vorgelegt und verfaßt von

Walter Kanne
Zahnarzt
aus Detmold (Lippe).

1-9-3-4

Gedruckt in der Dissertationsdruckerei Robert Kleinert, Quakenbrück.

Dekan: Professor Dr. K l i n g e.

Referent: Priv.-Doz. Dr. H e r t e l.

Korreferent: Professor Dr. C o e n e n.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster (Westf.).

Meinen lieben Eltern !

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547224_0127

Das Gesicht ist ein offensichtlich bevorzugter Sitz für Tumoren. Ohne Frage spielt hierbei die mangelnde Kleiderbedeckung der vielerlei äußeren Reizen ausgesetzten Gesichtshaut eine gewisse Rolle. Daneben muß man sich aber auch vergegenwärtigen, daß die Entstehung des Gesichtes in früher Fötalzeit unter Bildung und Verschmelzung verschiedener Fortsätze und Spalten vor sich geht und so ausreichend Gelegenheit zu Keimverlagerungen und dadurch erleichterter Tumorbildung gegeben ist. Leider sind auch bösartige epitheliale Neubildungen im Gesicht nicht selten. Sie machen $^1/_7$ bis $^1/_{10}$ aller Karzinome des Menschen aus. Unter ihnen wird recht oft das Unterlippenkarzinom beobachtet. Erst in mehr oder weniger großem Abstande folgt der Häufigkeit nach eine Krebserkrankung anderer Gesichtsteile.

In vorliegender Arbeit liegen der Betrachtung die in der chirurgischen Universitätsklinik Münster (Westf.) seit Herbst 1924 gesammelten Krankengeschichten über Lippenkrebse zugrunde. Sie wurden im Sommer 1934 durch Nachfragen nach dem Gesundheitszustand der bereits entlassenen Patienten und darauf eingekommene Antworten erweitert. Leider gaben nicht alle in unserer Klinik behandelte Kranke auf an sie gerichtete Fragen Auskunft, so daß bei Beschreibung der Endergebnisse der Behandlung hierauf Rücksicht genommen werden muß.

Insgesamt wurden in unserer Klinik unter 104 Gesichtskrebsen 35 Lippenkrebse zur Behandlung aufgenommen, die also ein Drittel aller im Gesicht vorgekommenen Krebserkrankungen ausmachten. Die Unterlippe wurde 29mal befallen und hatte einen Anteil von 27,9 % an der Gesamtzahl der von uns beobachteten Gesichtskarzinome. Der Anteil muß, im Vergleich mit Literaturangaben, als gering bezeichnet werden. Borrmann berechnete ihn in seiner Arbeit: „Statistik und Kasuistik über 290 histologisch untersuchte Hautkarzinome“ aus einer Zusammenstellung von 1292 Fällen auf 44,7 %.

Verwunderlich ist, daß im Verhältnis viele Patienten mit Oberlippenkarzinom in die Klinik kamen, während die Literatur pri-

märe Lokalisation des Krebses an der Oberlippe als Seltenheit bezeichnet. Man hat sogar von einer Immunität der Oberlippe gegenüber dem Karzinom gesprochen (Hueter), eine Ansicht, die statistisch oft widerlegt wurde und heute wohl kaum noch Geltung besitzt. Die sechs in unseren Krankengeschichten beschriebenen Oberlippenkarzinome sind primär an der Oberlippe entstanden. Drei Fälle wurden ausgeschlossen, weil sich die Karzinome dabei am Nasenflügel oder über dem Mundwinkel gebildet hatten.

Der Häufigkeit entsprechend ist nach eigenen Zahlen das Verhältnis von Krebserkrankung der Unterlippe zur Krebserkrankung der Oberlippe 4,8 : 1. Fricke fand hierzu als Verhältnis 19 : 1, Loos 17 : 1. In Prozenten ausgedrückt, ergibt sich aus unseren Krankengeschichten ein Anteil des Oberlippenkarzinomes von 17,1 % an der Gesamtzahl der Lippenkrebse. Borrmann errechnete aus einer Zusammenstellung 6,2 % Oberlippenkrebse. Haase faßte in seiner Arbeit: „Zur Kenntnis der Leukoplakia oris und der Lippen- und Zungenkrebse bei Rauchern“ (1931) 32 Statistiken der Literatur zusammen. Es ergaben sich so 3721 Lippenkarzinome. Darunter waren 6,26 % Oberlippenkrebse.

Ein Grund, weshalb in Münster verhältnismäßig viele Patienten mit einem Karzinom an der Oberlippe zur Behandlung kamen, kann nur schwer angegeben werden. Es ist erklärlich, daß bei kleinem Krankenmaterial viele Fehlerquellen der Statistik mehr in Erscheinung treten, aber nicht ausgeschaltet werden können.

Männer erkranken an Gesichtskrebs häufiger als Frauen. In unseren Krankengeschichten werden die Karzinome von 68 Männern und 36 Frauen beschrieben. Auf 2 Gesichtskrebse bei Frauen kommen so bereits 3,8 bei Männern, nach den Ermittlungen von Loos nur 3 bei Männern. Weit unterschiedlicher sind Zahlen beim Lippenkrebs. Hier gilt für die eigenen Beobachtungen das gleiche, wie es Loos in der von Brun'schen Klinik feststellte. Die Zahlen zeigen eine sechsfach stärkere Beteiligung des Mannes als der Frau an der Erkrankung. Doch ist ein solcher Unterschied noch als klein zu bezeichnen. Fricke fand aus 1338 von ihm zusammengestellten Fällen eine zehnfach größere Anteilnahme des männlichen als des weiblichen Geschlechtes. Nach der Arbeit von A. C. Broders kommt erst auf 49 an Lippenkrebs erkrankten Männern eine daran erkrankte Frau. Auch hier gibt uns eine Zusammenstellung Haases beredten Aufschluß: Von insgesamt 5607 Fällen entfallen 5050 auf Männer und nur 557 auf Frauen. Daraus folgt die Beteiligung der Frau mit 9,93 %.

Auffallend sind die Differenzen im Vorkommen des Oberlippenkarzinomes und Unterlippenkarzinomes, wenn man sie innerhalb der Geschlechter betrachtet. Männer erkranken überwiegend am Karzinom der Unterlippe. Von den in Münster behandelten 29 Unterlippenkrebsen entfallen 26 auf Männer, 3 auf Frauen. Das weibliche Geschlecht stellt also 10,3 % der beobachteten Unterlippenkarzinome. Aus der Statistik Borrmanns mit 3221 Fällen ist eine Beteiligung der Frau mit nur 8,5 % der Erkrankungen ersichtich.

Anders steht es mit dem Oberlippenkrebs. Von den 6 zu beschreibenden Fällen betreffen 4 Männer und 2 Frauen. Hier hat die Frau also einen Anteil von 33 %.

Vergleicht man in unserer Zusammenstellung nach der Häufigkeit ihres Vorkommens Erkrankungen der Oberlippe und Unterlippe, so ergibt sich für Männer das Verhältnis 2 : 13, für Frauen 2 : 3. Frauen erkranken also, wenn sie lippenkrebskrank werden, an einem Krebs der Oberlippe 4,3mal leichter als Männer. Loos stellte so 6,5-, Fricke 7mal stärkere Beteiligung der Frau als des Mannes an der Erkrankung der Oberlippe fest.

So sehr diese Unterschiede aufmerksam machen, ist es bisher noch nicht möglich gewesen, eine eindeutige Antwort zur Klärung zu finden. Zweifellos ist eine solche in der Krebsätiologie zu suchen. Man hat in Erörterung gezogen, daß bei der Frau die chronischen Reize, die durch das Rauchen und Rasieren bedingt werden, ausfallen. Es ist darauf hingewiesen worden, daß die zum Lippenkarzinom disponierenden Frauen gar nicht das Alter erreichen, in dem erst mit Vorliebe die Lippe erkrankt. Sie erliegen vielmehr bereits zum größeren Teile zehn Jahre früher dem Uterus-, Ovarien- und Mammakarzinom (Haase, Ebel). Schließlich sucht man eine Erklärung in geschlechtsdispositionellen Faktoren zu finden.

Bekannt ist, daß der Krebs das höhere Lebensalter bevorzugt. Die von uns beobachteten 104 an Gesichtskrebs Erkrankten hatten bei Beginn der Behandlung ein Durchschnittsalter von 63,6 Jahren. Fast gleich damit war das Durchschnittsalter der 29 an Unterlippenkrebs Erkrankten. Es betrug 63,9 Jahre. Die Kranken mit Oberlippenkarzinom waren im Mittel etwas jünger, sie waren 61 Jahre alt. Vergleicht man hierzu Arbeiten von Ebel, Loos oder Fricke und ihre Zahlenangaben, so kommt man zu dem Schluß, daß das Karzinom um 1900 durchschnittlich etwas jüngere Patienten befallen hat. Dies kann aus einer vollzogenen Altersumschichtung der Bevölkerung erklärt werden. Der Rückgang der Epidemien erhöht das Durchschnittsalter des Menschen.

So ist dies in den letzten 60 Jahren von 37 auf 57 gestiegen. Damit stieg natürlich auch das Alter der Krebskranken im Mittel wie die absolute Häufigkeit der Erkrankung.

In welcher Weise der Lippenkrebs, unserem Krankenmaterial entsprechend, die einzelnen Altersklassen befiel, zeigt folgende Betrachtung. Voran eine Tabelle.

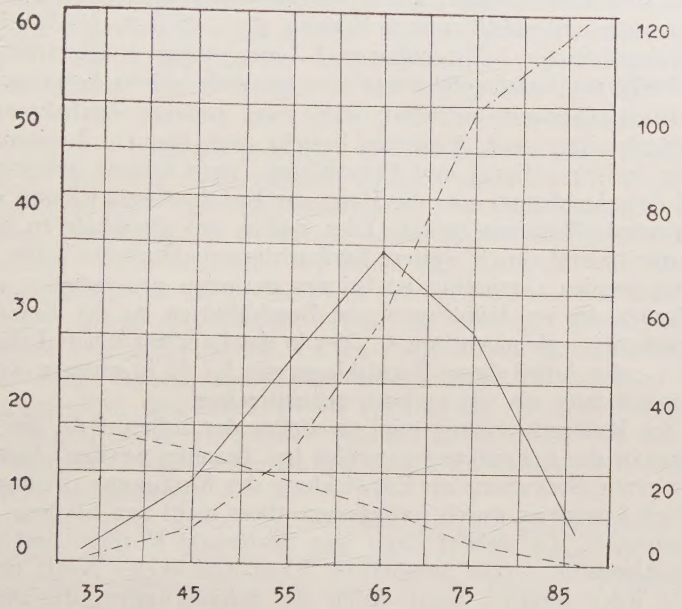
Tabelle 1.

Altersklassen	30-35-40	40-45-50	50-55-60	60-65-70	70-75-80	80-85
1. Unsere Krankheitsfälle 35 = 100 %	1 Fall 2,9 %	3 Fälle 8,9 %	8 Fälle 22,9 %	12 Fälle 34,3 %	9 Fälle 25,7 %	2 Fälle 5,7 %
2. Bevölkerungsziffer in %	14,2 %	12,5 %	9,6 %	6,1 %	2,6 %	0,5 %
3. Krebsdisposition	2,0	7,1	23,9	56,2	98,9	114,0

Aus Reihe 1 der Tabelle 1 ist ersichtlich, wie sich die in unserer Klinik behandelten Patienten auf die verschiedenen Altersklassen verteilten. Man erkennt, daß die Kranken meistens ein Durchschnittsalter von 50—80 Jahren hatten. Am häufigsten waren Patienten der siebenten Altersdekade beteiligt. Kranke der höchsten Altersklassen stellten sich in der Klinik zur Behandlung seltener ein. Dies ist nicht so zu erklären, daß im Greisenalter die Bereitschaft zur Lippenkrebserkrankung wieder abnimmt. Es ist vielmehr auf die geringe Zahl derer zurückzuführen, die dieses Alter erreichen und darin leben. Wie sich die deutsche Bevölkerung auf die verschiedenen Altersklassen verteilt, zeigt die Reihe 2 der Tabelle 1. Danach leben in der vierten Altersdekade (30 bis 35 bis 40) z. B. 14,2, in der sechsten (50—55—60) 9,6 und in der achten (70—75—80) noch 2,6 von 100 Menschen. Die Bevölkerungsziffer nimmt also mit steigenden Altersklassen ab (aus: Jahrbuch für das Deutsche Reich, Volkszählung 1925). Beachtet man diese Tatsachen und berücksichtigt deshalb bei der Zahl der in einer Altersklasse beobachteten Krankheitsfälle (Reihe 1 der Tabelle 1) die Bevölkerungsziffer dieser Altersklassen (Reihe 2 der Tabelle 1), so ergibt sich aus der so entstandenen Reihe 3 unserer Tabelle deutlichst, daß je älter die Menschen werden, je leichter und häufiger sie vom Krebs befallen werden. Die Disposition zur Krebserkrankung nimmt also mit steigendem Alter

beträchtlich zu. Die Ergebnisse der Tabelle 1 zeigt eindrucksvoll die folgende graphische Darstellung.

Graphische Darstellung zu Tabelle 1.



———— Unsere Krankheitsfälle in verschiedenen Altersklassen.
— — — — Bevölkerungsziffer in verschiedenen Altersklassen.
—.—.—.—. Disposition des Menschen zur Krebserkrankung in verschiedenen Altersklassen.

Mit steigendem Alter des Menschen erhöht sich, wie festgestellt, die Möglichkeit für ihn, an Krebs zu erkranken. Dies erklärt sich teils aus der schlecht durchbluteten Greisenhaut. Thiersch hat gerade bei alten Leuten auf die gesteigerte Tendenz der Haut zur Epithelbildung hingewiesen. Die Haut des Gesichtes wird früh und stark abgenutzt. Dies geschieht um so mehr, je mehr und je länger sie den Einwirkungen der Atmosphäre und den äußeren Medien ausgesetzt ist. Man erklärt so das starke Befallensein der Landbevölkerung, die viel in Wind und Wetter ihre Arbeit verrichten muß.

Auch die Berufszugehörigkeit der Kranken in Münster bringt hierzu einen Beitrag. 14 von 35 Kranken waren in der Land-

wirtschaft tätig, stellen also 40 % der Fälle überhaupt. Dies ist um so höher einzuschätzen, wenn man weiß, daß von 100 Erwerbstätigen in Westfalen nur 19,8 in Landwirtschaft und Forstwirtschaft beschäftigt sind, 54,8 dagegen in Industrie und Handwerk ihre Arbeit finden. Diese Berufsklasse stellt jedoch, die Arbeiter hier unterstellt, nur 9 Kranke, d. h. 25,7 % (4 Arbeiter, 2 Mühlenbesitzer, 1 Wagenbauer, 1 Zimmermann, 1 Bauaufseher). So bleibt der Landbevölkerung eine ungleich höhere Beteiligung.

Erwähnenswert erscheint, daß zwei unserer Krebskranken Mühlenbesitzer sind. Vielleicht besteht auch hier ein Zusammenhang zwischen Beruf und Erkrankung. Man könnte annehmen, daß dem Mehlstaub eine die Haut zur Karzinomentwicklung disponierende Wirkung zufällt. Dies müßte, um glaubhaft zu sein, allerdings erst durch weitere Beobachtungen ähnlicher Fälle gestützt werden. Immerhin ist bei der geringen prozentualen Beteiligung der im Mühlengewerbe Beschäftigten an der Bevölkerungszahl, — sie macht nur $^1/_{12}$ der in der Landwirtschaft Tätigen aus —, der Anteil dieser Berufsklasse mit 5,7 % in unseren Krankengeschichten als viel zu hoch anzusprechen.

Zur Krebserkrankung muß zweifellos der äußere Reiz, der die Haut vor der Erkrankung getroffen hat, beachtet werden. Ihm ist eine große Bedeutung zur Entwicklung des Karzinoms zuzulegen. Jedoch kommt es durch Irritationen allein nicht zur Bildung der Geschwulst. Es gehört dazu eine bestimmte Körper- und Gewebsdisposition, eine persönliche Empfänglichkeit. Noch lange nicht jeder Raucher wird durch die Schädigungen, die Pfeife, Tabaksqualm und -saft der Lippe setzen, ein Karzinom bekommen. Es fehlt dem Gewebe der gesundbleibenden Raucher die Fähigkeit, geschwulstmäßig zu entarten.

Dem Pfeifenrauchen ist eine besonders hohe ätiologische Bedeutung beim Lippenkrebs zugelegt worden. Broders hat eine Statistik veröffentlicht, wonach beim Lippenkrebs das Pfeifenrauchen in außerordentlich hohem Maße ätiologisch wesentlich erscheint. Unter 537 Lippenkrebskranken der Mayoschen Klinik waren 80 % Raucher, davon 78 % Pfeifenraucher. Es liegen Bestätigungen solchen Befundes in der Literatur vor; es hat aber auch nicht an Stimmen gefehlt, die gegen die dem Rauchen zugelegte, große, sicher zu hoch eingeschätzte Bedeutung zur Entstehung des Lippenkrebses sprechen. Es ist an dieser Stelle unter anderen auf die Arbeiten von Fricke, Loos, Ebel und Moleswoth hinzuweisen.

Die in Münster beobachteten Erkrankungen stützen keineswegs die Meinung, daß der Tabakgebrauch spezifisch karzinom-

erzeugend wirkt. Unter zur Betrachtung verwendbaren 29 Fällen fanden sich nur drei mit brauchbaren Angaben: Ein Patient war Pfeifenraucher, trug die Pfeife im linken Mundwinkel und bekam an dieser Stelle sein Karzinom. Ein anderer rauchte ab und zu. Er trug die Pfeife mehr rechts als links und erkrankte an der rechten Lippenhälfte. Ein Dritter rauchte hin und wieder eine Zigarre und bekam an der Unterlippe links eine Geschwulst. Alkoholabusus wurde in keinem Falle angegeben. Es ergibt sich ein Anteil der Raucher mit nur 10,4 % der verwendbaren Fälle.

Zweifellos huldigen jedoch in der Bevölkerung ganz erheblich höhere Teile dem Tabakgenusse, so daß, wenn die Pfeife zu beschuldigen wäre, das Lippenkarzinom bedeutend häufiger sein müßte. Hierauf hat W ö r n e r in seiner Arbeit bereits 1886 hingewiesen. Auch die Fälle, bei denen das Karzinom an anderer Stelle entstand als da, wo die Pfeife getragen wurde, sprechen entschieden gegen das Pfeifenrauchen als alleiniges ätiologisches Moment beim Lippenkrebs. Es ist, wie H a a s e die Schlußfolgerung seiner Arbeit, die gerade diese Fragen entscheidend behandelt, zieht, das Rauchen und Tabakkauen nur „bei bestehender Disposition neben anderen äußeren Faktoren als eine der bedeutendsten Gelegenheitsursachen für die Entstehung des Lippenkrebses anzusehen".

Bei Rauchern, insbesondere Pfeifenrauchern, können durch den Rauchvorgang chronische Irritationen gesetzt werden. N o v a t hat 1930 bei seinen Raucherkrebsen auf die kleinen Oberflächendefekte aufmerksam gemacht. Diese Defekte bestanden 1 bis 3 Jahre vor dem Ausbruch des Karzinoms, bzw. sie heilten ab, wenn die Patienten zu rauchen aufhörten. So sind die Vorgänge beim Rauchen in gerade Linie zu stellen mit allen irgendwie sonst entstehenden Schädigungen der Epitheldecke der Lippe. Nach L o o s liegt das Gemeinsame der Krebsgenese darin, daß die oberflächliche Schädigung des Gewebes den Boden für die Krebsentstehung gewissermaßen präpariert.

Wie durch permanente Traumen und durch bedingte Gewebsläsionen ein Karzinom begünstigt werden kann, natürlich durchaus nicht entstehen muß, zeigt aus der Reihe unserer Krankengeschichten die Vorgeschichte folgenden Falles:

Frau E. H. (Kr. 2). Vor einem halben Jahre begann ein Zahn die Unterlippe zu drücken. Der Zahn ist einige Wochen vor Befundaufnahme abgebrochen. Die Unterlippe war zuerst entzündet, wurde dann hart und schwoll an. Es entwickelte sich ein Geschwür.

Aetiologisch wichtig erscheinen „Risse und Sprünge“ in der Lippe, vom Kranken zur Entstehung der Geschwulst oft angegeben. Wenn diese Defekte lange Zeit nicht heilen wollen, muß bedacht werden, daß bereits eine pathologische Veränderung des Gewebes im karzinomatösen Sinne vorliegen kann. Dann besitzt die wunde Lippe nicht zur Aetiologie des Karzinoms Bedeutung, sondern ist nur Ausdruck seines Bestehens. Es folgen aus Krankengeschichten unserer Klinik drei Anamnesen, die hierzu Beispiel sein mögen:

I. K. (Kr. 29). Vor drei Jahren Rhagadenbildung an der Unterlippe. Schlechte Heilung. Es bildete sich ein Geschwür, das langsam größer wurde.

G. G. (Kr. 33). Kleine Geschwulst an der Oberlippe, die aus einem nicht heilen wollenden Riß hervorgegangen war.

H. Kr. (Kr. 10). Vor 1½ Jahren war die ganze Unterlippe rissig und wund. Bis auf die rechte Ecke heilte alles gut ab. Hier blieb immer eine Borke auf feuchter Unterlage.

In den Krankengeschichten findet man hin und wieder Angaben der Patienten, nach denen der Krebs durch ein einmaliges Trauma entstanden sein soll. Dies ist jedoch wohl höchst selten wirklich nachweisbar. In der Mehrzahl der Fälle hat das Karzinom schon vorher bestanden und ist durch die erfolgte Gewebsschädigung zu schnellerem Wachstum angeregt worden, so daß es erst jetzt vom Patienten bemerkt wurde. Dazu folgende Angaben:

H. K. (Kr. 24). Ende 1927 hatte K. ein kleines Knötchen auf der Unterlippe. Es wurde ein Jahr später operiert, da Verdacht auf Karzinom bestand. Beim Holzzerkleinern sprang dem Patienten ein Stück gegen das Kinn. Darauf entstand bei völlig geheiltem Lippentumor hier eine Schwellung, die langsam an Größe zunahm, ein Recidiv.

Vielleicht hat der Reiz im vorstehenden Falle die Wirkung gehabt, vom Primärtumor verlagertes Krebsgewebe zu verstärktem Wachstum anzuregen.

Noch zum Teil ungeklärt und strittig ist die Frage nach der Vererbbarkeit des Krebses. Bei Durchsicht der Lippenkrebsliteratur findet man nur selten verwertbare Angaben. Man darf auch wohl nur dann einen wesentlichen Einfluß der Erbanlage auf die Krebsgenese annehmen, wenn in der Familie des Kranken Krebs in mehreren Generationen vorgekommen, so ein Erbgang dieser Krankheit nachweisbar ist und andere zur Erkrankung des Patienten ätiologisch bedeutsame Momente ausgeschlossen werden können. Obwohl dies in folgender Anamnese einer unserer

Krankengeschichten nicht möglich ist, soll sie doch als bemerkenswert herausgestellt werden:

H. Kr. (Kr. 10). Vater starb am Karzinom der Unterlippe, Mutter am Karzinom des Magens. Drei Brüder sind gesund, ein Bruder an Altersschwäche gestorben. Zwölf Kinder sind gesund. War bisher nie ernstlich krank. Unterlippengeschwür rechts.

Die Betrachtung von Sitz, Alter und Größe des Lippenkrebses ergab nach dem in Münster vorliegenden Material folgendes: Der Sitz der Unterlippenkarzinome war meistens der paramediane, d. h. der Krebs entwickelte sich zwischen Mundwinkel und Lippenmitte, was die Literatur bestätigt. Eine Bevorzugung der rechten oder linken Seite der Unterlippe konnte nicht festgestellt werden. Das Oberlippenkarzinom hatte seinen Sitz in der Mehrzahl der Fälle links.

Tabelle 2.

Sitz der Erkrankung.

	Mundwinkel	Rechts	Mitte	Links	Mundwinkel
Unterlippe:	2 Fälle	8 Fälle	5 Fälle	8 Fälle	1 Fall
Oberlippe:	1 Fall			3 Fälle	1 Fall

Die Dauer der Erkrankung bis zur Operation war in unseren Krankengeschichten sehr verschieden. Während ein Fall 10 Jahre lang bestanden hatte, führten zwei andere bereits nach 3 bzw. 5 Wochen die Kranken in ärztliche Behandlung. Angeführte Fälle sind als Ausnahmen zu bezeichnen. Um zu angängigen Werten zu kommen, wurde bei Berechnung des Durchschnittsalters der Unterlippenkrebse der 10 Jahre bestehende Tumor aus der Berechnung ausgeschlossen. Das Durchschnittsalter war so für die Erkrankung der Unterlippe 11,75 Monate, für die Erkrankung der Oberlippe 13,6 Monate. Von den Patienten begaben sich in ärztliche Behandlung:

Tabelle 3.

	Münster	Winiwarter	Ebel	Borrmann
im 1. Jahr:	17 = 70,8 %	46,3 %	77,3 %	66 %
im 2. Jahr:	3 = 12,5 %	37,0 %	13,3 %	12 %
im 3. Jahr:	3 = 12,5 %	5,6 %	3,9 %	12 %
in späterer Zeit:	1 = 4,2 %	11,1 %	5,5 %	10 %

Vergleicht man Krankheitsdauer und Größe der Geschwulst, so ist zunächst festzustellen, daß ein Karzinom schnell, das

andere langsam wächst. Deshalb können die folgenden Durchschnittswerte nicht dazu benutzt werden, bei einem Karzinom der Lippe festzulegen, daß es in einem Jahr diese und in zwei Jahren jene Größe erreicht haben wird. Um sich bis zur Größe eines Pfennigstückes zu entwickeln, gebrauchte bei unseren Patienten das Unterlippenkarzinom im Durchschnitt 9,6, das Oberlippenkarzinom 13,5 Monate. Um sich weiter auf die halbe Unterlippe auszudehnen, waren für den Unterlippenkrebs 12,6 Monate im Mittel nötig.

Mit zunehmender Größe verliert das Karzinom seinen anfänglichen Charakter einer lokalisierten Erkrankung immer mehr. Die Drüsen werden, je größer der Primärtumor, je häufiger befallen. Durchschnittliche Größe, Dauer der Erkrankung und Drüsenmetastasen sind nach dem in Münster vorliegendem Krankenmaterial in folgender Tabelle zusammengestellt:

Tabelle 4.

	Primärtumoren		Veränderungen der Drüsen	
	Unterlippe	Oberlippe	Unterlippe	Oberlippe
1. Pfennigstückgroßes Karzinom	12 Fälle mit 9,6 Mon. Bestand	4 Fälle mit 13,5 Mon. Bestand	4 Metastasen = 33,3 % von 12	Keine!
2. Der Tumor umfaßt die halbe Lippe	7 Fälle mit 12,6 Mon. Bestand	1 Fall mit 14 Mon. Bestand	4 Metastasen = 57,1 % von 7.	Keine!
3. Der Tumor umfaßt mehr als die halbe Lippe	1 Fall mit 18 Mon. Bestand		1 Metastase = 100 % von 1.	Keine!

Aus Tabelle 4 geht hervor, daß von den 20 Unterlippenkarzinomen nur 9 mit Drüsenveränderungen einhergingen. Es fand sich also in 45 % eine Drüsenbeteiligung. Die Oberlippenkarzinome waren nie mit Drüsenmetastasen verbunden. Sie verhalten sich wie Gesichtskarzinome, die sich durch spätes Vorkommen von Drüsenmetastasen auszeichnen.

Wie aus der Tabelle weiter ersichtlich, geht das Befallensein der Drüsen der Größe des Primärtumors proportionell. Es darf jedoch nicht vergessen werden, daß ein großer Primärtumor mitunter keine Drüsenmetastasen macht, ein kleiner Primärtumor dagegen im Anfang der Entwicklung schon deutliche Drüsenbeteiligung hervorrufen kann. Zur Beobachtung kam eine walnußgroße, ulcerierte Infiltration der Unterlippe, ohne klinisch nachweisbare Drüsen, während ein fünfpfennigstückgroßes, flaches, ulceriertes Karzinom submaxillär deutlich mit mehreren Drüsen verbunden war.

Leider läßt sich, da die Patienten im Beginn ihre Drüsenveränderungen nur selten selbst bemerken, aus den Anamnesen der Krankengeschichten unserer 9 Patienten mit pathologischem Drüsenbefund nicht feststellen, seit wann die bei Aufnahme des Befundes geschwollenen Drüsen bereits palpabel waren. Man kann lediglich aus dem Alter der Primärtumoren schließen, in welcher Zeit zum mindesten Drüsen tastbar werden können. Offensichtlich gibt es auch hier von Fall zu Fall große Unterschiede. Die Drüsen werden manchmal schon früh befallen, wie bei einem unserer Kranken (Kr. 7), der schon 5 Wochen nach Beginn seiner Erkrankung zwei geschwollene, harte submaxilläre Drüsen hatte. Das Durchschnittsalter unserer 9 mit palpablen Drüsen einhergehenden Karzinome der Unterlippe war einein-viertel Jahr.

Die Drüsen sind im Anfang ihrer Entartung als bohnen-, auch kirschkerngroße Knoten zu fühlen. Zunächst findet man Selbständigkeit im Wachstum jeder Drüse. Dann konfluieren die einzelnen Drüsen. Sie sind nach Verwachsung mit Haut oder Knochen schwer erfolgreich zu behandeln.

Der Sitz tastbarer Drüsen, ob links oder rechts, stimmt meistens mit dem Sitze des Primärtumors überein. Dies kann auch nach Durchsicht unseres Krankenmaterials bestätigt werden. Von den 9 mit Drüsenschwellungen einhergehenden Unterlippenkarzinomen entwickelten sich zwei an der Lippenmitte, bevorzugten also keine Seite. Der eine dieser zwei Krebse brachte eine linke, der andere eine rechte Drüsenmetastase. Die verbleibenden 7 Karzinome, die sich seitlich der Mittellinie lokalisierten, folgten alle der Regel, d. h. ihre Drüsenmetastasen entstanden auf der gleichen Seite wie der Primärtumor.

Von geschwollenen Drüsen ist bei weitem noch nicht jede karzinomatös entartet. Die Schwellung beruht oft nur auf entzündlichen Veränderungen. In 8 unserer Fälle folgte der Excision des Primärtumors die Drüsenausräumung. Ueber die

Untersuchung operierten Materials finden sich 2 Angaben. Krebsmetastasen in den Drüsen konnten nicht nachgewiesen werden. Loos stellte fest, daß der Befund der untersuchten Drüsen (49) in nur 36 % positiv ausfiel. Broders hat 449 Fälle chirurgischer Ausräumung der Submaxillargegend vereinigt. 105mal, d. h. in 23 % fand sich krebsige Entartung des Drüsengewebes.

Aus obigem geht hervor, daß erstens nicht einmal jedes zweite Karzinom von Drüsenmetastasen begleitet ist, und daß zweitens geschwollene Drüsen durchaus nicht immer karzinös sind. Der Amerikaner Hyndmann folgerte 1933 aus seinen Untersuchungen, daß etwa 80 % der epidermoiden Karzinome, die nicht mehr als die Hälfte der Unterlippe betrafen, nicht mit regionären Drüsen verbunden waren. Deshalb sei: „Das unterschiedlose Verfahren von radikalen chirurgischen Eingriffen und Bestrahlungen der Lymphdrüsen weder notwendig noch zum Besten der Patienten". Regaud und Lacassagne fanden unter 96 Lippenkrebsen bei 60 % der Patienten die regionären Drüsen frei von Metastasen. Es ist, ihren Erfahrungen entsprechend, daher nicht nötig, in jedem Falle die Drüsen zu entfernen, vorausgesetzt, daß eine genaue Kontrolle der Patienten erfolgt. „Erst wenn die Drüsenbildung nach ihrem Sitze, ihrer Größe, ihren Verwachsungen, nach der Ausbildung des primären Tumors zu urteilen, verdächtig erscheint, muß die betreffende Halsseite ohne Verzug operiert werden."

Ganz anders die Ansicht weiterer Autoren, die strengstes, radikales Vorgehen in jedem Falle für notwendig erachten. Der Russe Berezov fordert die Entfernung der Unterkieferspeicheldrüse beim Lippenkrebs. Er glaubt, daß ein radikales operatives Vorgehen im Unterkinn- und Kieferndreieck bis zur Darstellung eines „anatomischen Präparates, bestehend aus Muskeln, Nerven und Gefäßen" die Zahl der Recidive auf ein Mindestmaß herabsetzt. Sein Landmann Petrov verlangt bei kleinen Tumoren große Operationen. Er warnt vor dem Keilschnitt ohne Drüsenausräumung.

Man sieht, daß es hier Meinungsverschiedenheiten gibt. Ein Rundschreiben der Kalifornischen Medizinischen Gesellschaft stellte 1934 zur Klärung der Frage fest, daß ⅔ der Chirurgen, Radiologen und Dermatologen in Europa und Amerika die Drüsenausräumung unterlassen. Dies geschieht selbst bei einem Lippenkrebs, der groß genug ist oder lange genug besteht, daß die Möglichkeit von Metastasen gegeben ist. Vielfach tritt an Stelle der operativen Entfernung der Drüsen die prophylaktische Strahlenbehandlung.

In Münster hält man sich bei der Behandlung des Lippenkrebses an kein festes Schema. Jede Erkrankung erfordert die Anwendung der gerade für sie Erfolg versprechenden Behandlungsmethoden.

Wenn möglich, wird in der Klinik die operative Entfernung des Primärtumors der Bestrahlung vorgezogen. Ist das chirurgische Verfahren nicht mehr anzuwenden, wird es durch die Strahlentherapie abgelöst. Auch durch geeignete Kombination beider lassen sich oft beste Erfolge erzielen.

Bei nicht allzu großen Unterlippenkarzinomen, wie sie meistens in Behandlung kommen, genügt zur Entfernung des Tumors die Anlegung des keilförmigen Schnittes im Gesunden mit der Basis des Keiles an der Lippe und der Spitze am Kinn. Das umschnittene, teils krankhafte Gewebe wird entfernt und die Wundränder vernäht. Richtig angewandt, wird mit dieser Methode fast stets ein Erfolg versprechendes, funktionell und kosmetisch befriedigendes Ergebnis gezeitigt. Verbleibt jedoch nach Entfernung umfangreicher Lippenkrebse zu wenig Material, um nach Keilschnitt und Naht der Schnittränder eine genügend breite Lippe und große Mundöffnung zu schaffen, so ist das plastische Verfahren von Dieffenbach anzuwenden. Dieffenbach empfahl zum Ersatz der Lippen eine seitliche Verschiebung von gebildeten Wangenlappen. Er ersetzte das Lippenrot aus der Wangenschleimhaut.

Da in unserer Klinik seit 1924 nur ein kleiner Oberlippenkrebs chirurgisch entfernt wurde, kann über die Excision solcher Krebse und anzuwendende Operationsmethoden aus Erfahrung nur wenig mitgeteilt werden.

Im wesentlichen muß zur Frage der Drüsenbehandlung in Münster folgendes festgestellt werden:

1. Wenn Drüsen beim Lippenkrebs palpabel und operabel sind, wird in jedem Falle der vollständigen Excision des Primärtumors die Drüsenausräumung angeschlossen. Die Exstirpation der Drüsen der Regio suprahyoidea geschieht im Anschluß an einen dem Unterkieferrand parallel laufenden Schnitt von Kieferwinkel zu Kieferwinkel, innerhalb des Kieferkinndreiecks. Die Speicheldrüsen werden im Durchschnittsfall belassen. Wie für die Keilexcision des Lippenkrebses genügt auch für die so ausgeführte Drüsenexstirpation bei mittlerer Größe der Tumoren die Lokalanästhesie.

Werden die Drüsen bei der histologischen Nachuntersuchung als krebsig entartet befunden, so bestrahlt man, um eventuell bei den Schnittführungen versprengte Geschwulstzellen unschädlich zu

machen. Eine Nachbestrahlung ist aber auch dann vorzunehmen, wenn in entfernten Drüsen histologisch kein Krebs nachgewiesen werden kann oder bei der Operation verdächtige Drüsen nicht gefunden werden. Nach Kokorin (Rußland) kann auch in nicht vergrößerten Drüsen karzinomatöse Entartung vorliegen. Diese läßt man verständlicherweise bei der Ausräumung leicht außer acht.

2. Sind vor Beginn der Gesamtbehandlung keine Drüsenschwellungen klinisch nachweisbar, so begnügt man sich in unserer Klinik mit prophylaktischen Röntgenbestrahlungen. Die Behandlung völlig zu unterlassen, muß bedenklich sein, wenn man die oben erwähnte Feststellung beachtet. Zum anderen entgehen eben beginnende Drüsenaffektionen leicht der Palpation. Der Amerikaner Kennedy fand unter 162 Patienten 33 = 14 %, bei denen sich trotz negativen Palpationsbefundes bei der Operation Drüsenmetastasen nachweisen ließen.

Drüsen werden also in jedem Falle bestrahlt. Wie sich die Bestrahlung im einzelnen gestaltet, richtet sich nach vorliegendem Befund.

Durch angegebene Behandlung wurden in der chirurgischen Universitätsklinik Münster (Westf.) folgende Ergebnisse erzielt: Insgesamt kamen 22 Patienten mit einem noch nicht chirurgisch oder strahlentherapeutisch angegangenen Karzinom zur Behandlung in die Klinik. Es wurden 14 Karzinome operativ behandelt. Die übrigen 8 in der Entwicklung zu weit fortgeschrittenen Erkrankungen wurden bestrahlt. In die Gruppe dieser 8 Krebse wurde Krankengeschichte 18 aufgenommen. Die Excision des Unterlippenkrebses, der in Kr. 18 beschrieben wird, war anderwärts vorgenommen worden, ohne daß eine gleichzeitig geschwollene linke Lymphdrüse Beachtung fand. Die Behandlung dieser Metastase mußte in der Klinik begonnen werden.

Die 14 am Karzinom Operierten wurden teils mit, teils ohne Drüsenausräumung behandelt. Bei 6 Patienten wurde nur der Primärtumor an der Lippe excidiert, während bei den restlichen 8 der Entfernung der Lippengeschwulst die Ausräumung der Drüsen folgte.

Die 6 Kranken, die ohne Drüsenausräumung behandelt wurden, zeigten vor der Operation keinerlei Drüsenschwellung. Es handelte sich durchweg um kleine bis pfennigstückgroße Lippenkarzinome. In einem der Fälle wurde ein gutartiges Adenokarzinom der Oberlippe entfernt. Im übrigen wurde 5mal zur Entfernung eines Unterlippenkarzinomes die keilförmige Excision in Lokalanästhesie geübt. Leider wurde nur von 3 Kranken der

Gruppe 6 ohne Drüsenausräumung operierte Karzinome über ihr heutiges Befinden Auskunft gegeben. Alle drei sind gesund geblieben. Ein Unterlippenkrebs ist bereits 7 Jahre 5 Monate, ein anderer 4 Jahr 2 Monate lang geheilt geblieben. Die operierte Oberlippe ist 3 Jahre 8 Monate nach dem Operationstag ohne pathologischen Befund. Das Ergebnis der Behandlung ist, soweit zu übersehen, ausgezeichnet.

Von den 8 Patienten, sämtlich Unterlippenkrebskranken, bei denen auch Drüsen operativ entfernt wurden, hatten 5 zur Zeit der Operation palpable Drüsen. In 7 Fällen wurden zur Drüsenexstirpation die beschriebenen typischen Schnittführungen unter Lokalanästhesie gelegt. Es handelte sich also nur um Drüsen im Unterkieferkinndreieck. Dagegen fand sich einmal eine geschwollene Drüse in Nähe der linken Vena jugularis, die zusammen mit den Drüsen der Regio suprahyoidea beider Seiten entfernt wurde. Von 7 Patienten ist das Ergebnis unserer Behandlung bekannt, 6 sind geheilt geblieben. Ein Patient bekam nach 3 Monaten ein Recidiv, an dem er starb. Drei der recidivfrei Gebliebenen leben bereits über 5 Jahre und einer über 3 Jahre gesund nach der Operation.

Die Ergebnisse der operativen Behandlung unserer Lippenkrebse können als durchaus gut bezeichnet werden. Von 8 Kranken, die vor 3 Jahren in Behandlung genommen wurden, sind 7, d. h. 87,5 %, noch gesund.

In der Literatur werden unter anderen folgende Erfolge chirurgischer Methoden angegeben: Loos erreichte bei 269 nur lokal operierten Karzinomen eine Heilung von 62,1 %, bei 169 mit Drüsenexstirpation Behandelten eine solche von 71,6 %. In einer englischen Arbeit (Simmons) findet sich eine Dreijahresheilung nach lokaler Excision von 60,6 % bei 44, nach radikaler Operation von 68,1 % bei 122 Fällen. Bei bereits metastatischen Prozessen in den Drüsen verschlechtert sich die Heilziffer bedeutend. Weitere Angaben zeigen zusammengefaßt die nach lokaler oder ausgedehnter Lippenkrebsoperation erzielten Erfolge: Dreijährige Symptomfreiheit hatten nach chirurgischer Behandlung: Broders (1920) in 60 %, Brewer (1923) in 50 %, Sistrunk (1921) in 60,2 %.

Derart gute Ergebnisse lassen sich leider nur nach Behandlung kleiner Lippenkrebse erzielen. Mit zunehmender Größe des Karzinomes wird die Prognose ungünstiger. Große Krebstumoren pflegen mit Drüsenbeteiligung, wie auch aus unseren Krankengeschichten hervorgeht, häufiger verbunden zu sein als kleine. Sie sind nur in geringen Prozentsätzen zu heilen. Konfluieren die

Drüsen, verwachsen sie mit Haut und Kieferknochen, muß der Fall als inoperabel und seine Prognose als äußerst schlecht bezeichnet werden. Die Operation kommt, da sie nicht genügend radikal sein kann und keinen den Einsatz lohnenden Erfolg zeitigt, nicht in Betracht. Deshalb sind solche fortgeschrittene Krebse zu bestrahlen.

Es würde ungerecht sein, wollte man die Ergebnisse der Strahlentherapie mit denen des operativen Verfahrens unter diesen Bedingungen vergleichen. Zweifellos würden Röntgenapparat und Radiumkapsel weit bessere Erfolge zeitigen, wenn die oben beschriebenen und operierten Lippenkrebse von vornherein bestrahlt würden. Stewart-Harrison (Zürich) suchte sogar an Hand mehrerer Zusammenstellungen zu zeigen, daß in der Behandlung der Lippenkarzinome die Strahlentherapie bessere Dauererfolge erzielt hat als die chirurgischen Methoden.

Die Anwendung der Radiumbestrahlung ist bei primären Karzinomen an Haut und Lippen besonders günstig und in fast allen Fällen der Röntgenbestrahlung überlegen. Die Tumoren werden extra- oder intratumoral beeinflußt. Das intratumorale Verfahren, d. h. die Radiumspickung, liefert die besten Ergebnisse. Regaud (Paris) erzielte bei 96 Fällen 76mal, d. h. in 79,2 %, Heilung der Primärtumoren an der Lippe. 17 Patienten starben jedoch noch an Drüsenmetastasen. Es sind demnach nur 61,4 % völlig geheilt.

Die Behandlung der Drüsen ist besser mit Röntgen- als mit Radiumstrahlen zu versuchen. Auf einen Erfolg ist jedoch nur dann zu hoffen, wenn eine große Strahlensensibilität des karzinomatösen Gewebes vorliegt. Die Aufteilung der Gesamtdosis in mehrere Teildosen vorzunehmen, erscheint günstig, da so möglichst viele Zellen im besonders empfindlichen Stadium der Zellteilung erfaßt und geschädigt werden können. Die Schwierigkeit der Behandlung und Heilung von Drüsenmetastasen geht daraus hervor, daß unter 436 Lippenkrebskranken, die in den Instituten der Curiestiftung Paris behandelt wurden, 66 vom Primärtumor geheilt wurden, aber an Drüsenmetastasen zugrunde gingen. Auf Grund der beobachteten schlechten Ergebnisse ziehen es heute viele Verfechter der Aktinotherapie vor, die Drüsen, wenn sie geschwollen und noch zu operieren sind, chirurgisch entfernen zu lassen.

In der chirurgischen Universitätsklinik Münster (Westf.) wurden 9 Lippenkarzinome bestrahlt. Davon saßen 7 an der Unterlippe, 2 an der Oberlippe. 4 der Unterlippenkarzinome konnten auf Grund des örtlichen Befundes nicht mehr operiert werden. In einem Falle kollabierte der bereits 83jährige Patient beim Ver-

such, eine Lokalanästhesie zu setzen. Man entschloß sich bei ihm zur Strahlentherapie.

Von den 7 an Unterlippenkarzinom erkrankten und bestrahlten Patienten starben bereits 6. In drei Fällen schien zunächst die eingeschlagene Bestrahlung erfolgreich zu werden. Es gelang nämlich, die Karzinome zur Abheilung zu bringen. Doch traten bei zwei der so geheilten Patienten nach 3 bzw. 7 Monaten Recidive auf, die in ihrer Entwicklung nicht aufzuhalten waren. Im dritten Falle klagt der Patient auf unsere Anfrage hin, zwei Jahre nach Abschluß der Strahlenbehandlung, über einige Knoten, die sich in der Lippe wieder gebildet hätten und offenbar ein Recidiv bedeuten.

Eine 1930 erschienene Arbeit des Amerikaners Schreiner zeigt, daß die Ergebnisse der Strahlenbehandlung von noch nicht behandelten Lippenkrebsen mit ausgedehnter Zerstörung der Lippen und Uebergreifen der Geschwulst auf den Kieferknochen oder von inoperablen Drüsenmetastasen wie die Erfolge der Behandlung von Recidiven mit inoperablen Metastasen sehr schlecht sind. Während nach Strahlentherapie von 161 Fällen ohne palpable Drüsen nach 5 Jahren noch 71,9 % ohne Befund waren, konnte von 80 solcher fortgeschrittenen Erkrankungen nur ein Fall über die Fünfjahresgrenze hinaus symptomfrei erhalten werden.

Leichter als Unterlippenkarzinome sind zweifellos die der Oberlippe strahlentherapeutisch zu beeinflussen, da hier, wie bekannt, Drüsenmetastasen selten sind, und es sich lediglich um die Bestrahlung der Primärtumoren handelt. Von 2 unserer Patienten wurde die dreimarkstückgroße, harte Geschwulst des einen durch intra- und extratumorale Radiumbestrahlung völlig zur Vernarbung gebracht. Patient ist heute, d. h. 19 Monate nach Beginn der Behandlung, noch völlig gesund. Der Krebs des zweiten Patienten verkleinerte sich zunächst zusehends unter der Strahlenwirkung. Die Dauerheilung konnte jedoch nicht erreicht werden. Neues unaufhaltsames Wachstum des Tumors führte 1 Jahr nach Beginn der Behandlung zum Tode des Kranken.

Ist bereits bei fortgeschrittenen, mit starken Infiltrationen, Ulcerationen und befallenen Drüsen einhergehenden Karzinomen die Prognose schlecht zu stellen, so bringen Recidive nach Lippenkrebsen fast immer derart schwere Krankheitsbilder, daß die Behandlung auch hier nur selten zum Erfolge führt.

Insgesamt wurden 14 Recidive in der chirurgischen Universitätsklinik Münster (Westf.) beobachtet. Nach in der Klinik selbst vorgenommenen 16 voll auswertbaren Lippenkrebserkrankungen

entwickelten sich 4 Recidive. In einem Falle entstand nach Excision des Primärtumors und Ausräumung der Drüsen drei Monate post operationem ein Drüsen- und Lokalrecidiv. Nach Bestrahlung konnten zwei Lokalrecidive und ein Drüsenrecidiv nicht verhindert werden (siehe Kr. 8, 17, 19, 20).

Die restierenden 10 unserer 14 Recidive wurden nach außerhalb vorgenommener Behandlung des Primärtumors der Klinik überwiesen. Bei ihnen muß darauf geachtet werden, daß die gestellte Diagnose Recidiv auf der Annahme beruht, daß die vorher entfernte Lippengeschwulst ein Karzinom war. Dies ist nur selten wirklich nachzuweisen. Oft ist eine Diagnose des Primärtumors aus der Anamnese der Krankengeschichte überhaupt nicht zu ersehen. In solchen Fällen ist, besonders wenn es sich wieder um eine Geschwulst an der Lippe handelt, die Frage: Liegt bereits ein Recidiv oder nur ein primäres Karzinom vor? schwer zu entscheiden. Die Annahme eines erstmaligen, vielleicht auf vorhandenem Narbengewebe entstandenen Karzinomes erklärt in Krankengeschichte 26 ohne weiteres die lange Zeitspanne zwischen zwei verdächtigen Lippenaffektionen, während der kein Befund erhoben werden konnte. Nach operativer Entfernung einer Lippengeschwulst entstand bei dem Patienten erst nach 14 Jahren eine neue Geschwulst, ein Karzinom der Lippe.

Lippenkrebsrecidive nach mehr als 5 Jahren sind Seltenheiten. Nach eigenem Material liegt zwischen der Entfernung des primären Karzinomes und der Wiederaufnahme des Patienten in die Klinik zur Behandlung des Recidives ein Zeitabschnitt von knapp einem Jahr im Mittel. Zweite und mehrfache Recidive zeichnen sich durch schnelleres Wachstum aus.

Dem Sitze nach unterscheidet man Lokal- und Drüsenrecidive. Unter beobachteten 12 Recidiven nach Unterlippenkrebsen wurden in 7 Fällen die Drüsen befallen. Viermal hatte das Recidiv seinen Sitz an der Lippe, nur einmal befiel es Lippe und Drüsen gleichzeitig. Nach zwei abgeheilten Oberlippenkarzinomen fand sich je ein Drüsen- und Lokalrecidiv.

Die beobachteten Drüsenrecidive im Kieferkinndreieck waren fast alle bei Befundaufnahme nicht mehr über dem Kieferknochen verschieblich. In einem Falle bestand ein verbackenes Drüsenpaket am oberen Rand des Musculus sternocleidomastoideus. Die Lokalrecidive griffen auf die Wange, auf das Zahnfleisch, auf den Kieferknochen über. Infiltration des ganzen submentalen und submaxillären Raumes wurde beobachtet.

Dem Befunde entsprechend konnte nur wenig erfolgreich behandelt werden. Von 4 operierten Recidiverkrankten sind bereits

2 gestorben. Im Anschluß an eine ausgedehnte Krebsoperation mit partieller Kieferresektion erkrankte und starb der eine an Pneumonie. Trotz vorgenommener Knochenabmeißelung und Entfernung der Unterkieferspeicheldrüsen trat beim anderen nach anfänglich gutem Verlauf und Ergebnis der Behandlung 8 Monate später ein neues, zweites Recidiv auf. Dies verhielt sich strahlenrefraktär. Der Patient ist daran gestorben. Von den verbleibenden 2 Kranken bekam einer 1 Jahr 3 Monate nach der Operation ein deutliches Recidiv. Vom anderen Patienten konnte eine Auskunft über seinen Gesundheitszustand nicht bekommen werden.

Von 9 in der Chirurgischen Universitätsklinik Münster (Westf.) bestrahlten Recidiven konnte in keinem Falle eine völlige Heilung erzielt werden. Die Bestrahlung brachte vorübergehende Besserung. 8 Patienten sind bereits gestorben. Von dem neunten ist der Verlauf seiner Erkrankung nach Abschluß der Behandlung nicht bekannt. Aus dem Befunde bei Entlassung aus der Klinik muß angenommen werden, daß er bereits ebenfalls verstorben ist.

Die Ergebnisse der Behandlung unserer Lippenkrebsrecidive sind also schlecht. Loos fand einen günstigen Ausgang bei 11,7 % der Fälle nach Operation erster Recidive. Zweite Recidive konnten nur in 1,1 % geheilt werden. Wie durch operative Methoden können Recidive auch durch Strahlenbehandlung nur selten geheilt werden. Es wird lediglich das Leben der Patienten um einige Monate verlängert.

Zusammenfassung.

In der chirurgischen Universitätsklinik Münster (Westf.) wurden unter 104 Gesichtskrebsen 35 Lippenkrebse (33,7 %) zur Behandlung aufgenommen. Davon waren 29 Unterlippenkarzinome und 6 Oberlippenkarzinome. Männer erkrankten, dem der vorliegenden Arbeit zugrundeliegenden Material entsprechend, häufiger nicht nur am Gesichtskrebs, — auf 2 Gesichtskrebse bei Frauen kamen 3,8 bei Männern, — sondern auch am Lippenkrebs: Unsere Zahlen ergeben eine sechsfach stärkere Beteiligung des Mannes als der Frau an dieser Erkrankung. Von unseren 29 Unterlippenkrebskranken waren 26 (89,7 % von 29 Fällen) Männer, von unseren 6 Oberlippenkrebskranken 4 (66,7 % von 6 Fällen) Männer. Der Unterlippenkrebs des Mannes ist die häufigste Erscheinungsform des Lippenkrebses. Bedeutend seltener als bei der Frau ist der Oberlippenkrebs beim Manne. Wenn Frauen lippenkrebskrank werden, wird bei ihnen, wie unsere Beobachtungen zeigen, die Oberlippe 4,3 mal eher und leichter befallen als beim Manne.

Der Krebs bevorzugt das höhere Lebensalter. In großer Mehrzahl hatten unsere Kranken ein Alter zwischen 50 und 80 Jahren. Das Durchschnittsalter der Patienten mit Unterlippenkrebs war 63,9 Jahre, der mit Oberlippenkrebs 61 Jahre. Mit dem Alter steigt die Disposition zur Krebserkrankung. — Von Einfluß erscheint der Beruf der Kranken. Während in der Landwirtschaft 40 %, waren in Industrie und Handwerk nur 25,7 % unserer Kranken beschäftigt.

Das Gewebe treffende Reize müssen in der Krebsätiologie beachtet werden. Dem Pfeifenrauchen kann nach unseren Ermittlungen keine besonders hohe Bedeutung zugelegt werden, da nur 10,4 % der Kranken Raucher waren.

Der Sitz des Unterlippenkarzinoms ergab, daß es sich mit Vorliebe zwischen Mundwinkel und Lippenmitte entwickelt. Eine Bevorzugung der rechten oder linken Seite der Unterlippe konnte nicht konstatiert werden. Das Oberlippenkarzinom fand sich meistens links.

Die Dauer der Erkrankung bis zur Operation bzw. Bestrahlung in der Klinik war sehr verschieden. Bei Befundaufnahme

ergab sich für die Erkrankung der Unterlippe ein Durchschnittsalter von 11,75 Monaten, für die Erkrankung der Oberlippe ein solches von 13,6 Monaten. In großer Mehrzahl fanden sich die Kranken (70,8 %) im ersten Jahr nach Beginn der Tumorbildung zur Behandlung ein.

Karzinome wachsen verschieden schnell. Um sich bis zur Größe eines Pfennigstückes zu entwickeln, gebrauchte bei unseren Patienten das Unterlippenkarzinom im Mittel 9,6 das Oberlippenkarzinom im Mittel 13,5 Monate.

Unter 20 Unterlippenkarzinomen fanden sich 9 (45 %) mit geschwollenen Drüsen. Wir konnten jedoch karzinomatöse Veränderungen in den Drüsen nicht feststellen (2 darauf untersuchte Fälle). Beim Oberlippenkarzinom wurden nie geschwollene Drüsen gefunden. Leider läßt sich, da die Patienten den Beginn ihrer Drüsenveränderungen nur selten selbst bemerken, nicht feststellen, seit wann die bei Aufnahme des Befundes geschwollenen Drüsen bereits palpabel waren. Lediglich das Alter der Primärtumoren gibt Anhaltspunkte, wann bereits Drüsen tastbar sein können. Das Durchschnittsalter unserer neun mit Drüsenveränderungen einhergehenden Unterlippenkarzinome war eineinviertel Jahr. Offensichtlich gibt es auch hier von Fall zu Fall große Unterschiede.

Die Behandlung der Lippenkrebse gliedert sich in operative Verfahren und Strahlenbehandlung, in die Behandlung der Primärtumoren, der Drüsenmetastasen und der Recidive. Wenn möglich, wird in der chirurgischen Universitätsklinik Münster (Westf.) die Operation der Bestrahlung des Karzinomes vorgezogen.

In folgender Aufstellung werden die gesamten Behandlungsergebnisse der Lippenkrebse und ihrer Recidive, die in unserer Klinik erzielt wurden, dargestellt. Es konnten 24 Patienten ½ Jahr, 22 Patienten 1 Jahr, 18 Patienten 3 Jahre und 9 Patienten 5 Jahre nach Beginn der Behandlung beobachtet werden.

Tabelle 5.

I. Nach lokaler Operation waren:	gesund noch	an Krebs erkr.	an Recidiv erkrankt	gestorb.
von 3 Pat. nach ½ Jahr	3	—	—	—
von 3 Pat. nach 1 Jahr	3	—	—	—
von 3 Pat. nach 3 Jahren	3	—	—	—
von 1 Pat. nach 5 Jahren	1	—	—	—

II. Nach ausgedehnter Operation waren:	gesund	an Krebs noch erkr.	an Recidiv erkrankt	gestorb.
von 6 Pat. nach ½ Jahr	5	—	1	—
von 5 Pat. nach 1 Jahr	4	—	1	—
von 5 Pat. nach 3 Jahren	4	—	—	1
von 3 Pat. nach 5 Jahren	3	—	—	—

III. Nach Bestrahl. fortgeschr. Karzinome:	gesund	an Krebs noch erkr.	an Recidiv erkrankt	gestorb.
von 8 Pat. nach ½ Jahr	2	5	—	1
von 8 Pat. nach 1 Jahr	4	2	—	2
von 7 Pat. nach 3 Jahren	—	—	1	6
von 4 Pat. nach 5 Jahren	—	—	—	4

IV. Nach Operation der Recidive waren:	gesund	an Krebs noch erkr.	an Recidiv erkrankt	gestorb.
von 3 Pat. nach ½ Jahr	2	—	—	1
von 3 Pat. nach 1 Jahr	1	—	1	1
von 2 Pat. nach 3 Jahren	—	—	—	1
von 1 Pat. nach 5 Jahren	—	—	—	1

V. Nach Bestrahlung der Recidive waren:	gesund	an Krebs noch erkr.	an Recidiv erkrankt	gestorb.
von 5 Pat. nach ½ Jahr	—	5	—	—
von 4 Pat. nach 1 Jahr	—	4	—	—
von 3 Pat. nach 3 Jahren	—	—	—	3
— — — nach 5 Jahren	—	—	—	—

Man kann der Aufstellung entnehmen, daß nur nach Excision der kleinen, umschriebenen Karzinome mit oder ohne anschließender Drüsenausräumung ein dauernder Erfolg möglich wurde. Nach Bestrahlung fortgeschrittener Lippenkrebse wie nach Opera-

tion und Bestrahlung der Recidive ließ sich drei bis fünfjährige Symptomfreiheit nicht erzielen. Die Mehrzahl der Patienten starb bereits vor Erreichung der Dreijahresgrenze.

Der Tatsache entsprechend, daß Krebs nur im Frühstadium zu heilen ist, muß sich der gewissenhafte Arzt und Zahnarzt die Verpflichtung auferlegen, eine verdächtige Lippenaffektion genauestens zu untersuchen und sie gegebenenfalls einer sofortigen Behandlung zuzuleiten. Gerade der Zahnarzt wird in seiner Praxis Gelegenheit haben, dergleichen zu beobachten. Die Patienten halten den kleinen Knoten, das schmerzlose Geschwür an der Lippe, oft für unwesentlich. Es erscheint wichtig, daß jeder Arzt oder Zahnarzt in der Lage ist, die richtige Frühdiagnose zu stellen.

Krankengeschichten.

A. 14 operierte Lippenkrebse.

1. 6 ohne Drüsenausräumung behandelte Karzinome.

Kr. 1. Behandlungsjahr 1927.

Albert I. 15 J. Landwirt. Kein Alkohol im Uebermaß. Patient rauchte ab und zu die Pfeife. Er hat sie mehr links als rechts getragen. Es fand sich ein knapp kirschkerngroßer Knoten auf der rechten Seite der Unterlippe. Bestand 10 Jahre. Keine Drüsen tastbar.

Therapie: Keilexcision. — Juli 1934, d. h. 7 J. 5 Mon. nach Beginn der Behandlung, o. B.

Kr. 2. Behandlungsjahr 1929.

Elise H. 65 J. Hausfrau. Seit einem halben Jahre vor Aufnahme in die Klinik drückte ein Zahn auf die Unterlippe. Diese war zuerst entzündet, wurde hart und bekam ein Geschwür. Es fand sich ein erbsengroßer Defekt mit Borkenbildung. Infiltration haselnußgroß. Keine Drüsen tastbar.

Th.: Keilexcision. Extraktion des rechten seitlichen Schneidezahnes. Anfrage nach Gesundheitszustand der P. wurde nicht beantwortet.

Kr 3. Behandlungsjahr 1929.

Heinr. S. 64 J. Landwirt. Pfennigstückgroßes, kreisrundes Ulcus an rechter Unterlippe. Keine Drüsen tastbar. Bestand 1 Jahr.

Th.: Keilexcision. Röntgenbestrahlung postoperativ. Anfrage nach Gesundheitszustand des P. wurde nicht beantwortet.

Kr. 4. Behandlungsjahr 1929.

Heinr. B. Landwirt. 64 J. Pfeifenraucher. Pflegte die Pfeife im linken Mundwinekl zu tragen. Pfennigstückgroßes, derbes Ulcus am linken Mundwinkel. Bestand ½ Jahr. Keine Drüsen tastbar.

Th.: Keilexcision. Röntgenbestrahlung postoperativ. Anfrage nach Gesundheitszustand des P. wurde nicht beantwortet.

Kr. 5. Behandlungsjahr 1930.

Herm. Kl. Arbeiter. 65 Jahre. An der Unterlippe ein eineinhalb Zentimeter langes, ein halbes Zentimeter breites, erhabenes, höckriges Geschwür mit derbem Rand. Keine Drüsen tastbar. Bestand ¼ Jahr.

Th.: Keilexcision. Röntgenbestrahlung postoperativ. Juli 1934. d. h. 4 J. 2 Mon. nach Beginn der Behandlung, o. B.

Kr. 6. Behandlungsjahr 1930.

Kath. Sch. 59 J. Hausfrau. Kirschkerngroße Geschwulst an der Oberlippe, die derb, aber nicht mit der Umgebung verwachsen war. Keine Drüsen tastbar. Bestand ½ Jahr.

Th.: Querschnitt über die Geschwulst und Excision. Röntgenbestrahlung postoperativ.

Histologisch ergab sich ein wenig bösartiges Adenokarzinom. — Juli 1934, d. h. 3 J. 8 Mon. nach Beginn der Behandlung, o. B.

2. 8 mit Drüsenausräumung behandelte Karzinome.

Kr. 7. Behandlungsjahr 1928.

Theodor Pr. 33 J. Wagenbauer. An der Unterlippe links ein gut kirschkerngroßer Knoten mit z. T. ulcerierter Oberfläche. Infiltration um den Tumor dreimarkstückgroß. Zwei submaxilläre Drüsen und Drüse in der Nähe der linken Vena jugularis geschwollen. Tumor bestand 5 Wochen.

Th.: In Narkose Ausräumung der linken Halsdrüsen und der Drüsen der regio suprahyoidea auf beiden Seiten.

2. Keilexcision des Primärtumors.

Histologisch fand sich in den Drüsen keine karzinomatöse Entartung. — Juli 1934, d. h. 6 J. 6 Mon. nach Beginn der Behandlung, o. B.

Kr. 8. Behandlungsjahr 1929.

Joh. W. 77 J. Bauaufseher. Gebiß sehr schadhaft. Stomatitis, Gingivitis. Etwa die ganze Mitte der Unterlippe einnehmender, eitrig belegter, harter Tumor, der mit Umgebung fest verwachsen, halb taubeneigroß war. Rechte submaxilläre Drüse geschwollen, bohnengroß, gut verschieblich. Das Karzinom bestand 1 Jahr.

Th.: Ausräumung der regionären Drüsen. Keilexcision des Lippentumors.

Histologisch fand sich in den Drüsen keine karzinomatöse Entartung. — Drei Monate nach Operation entstand ein Rezidiv. Bei Wiederaufnahme waren Unterlippe und Kinn von höckrigem Tumor eingenommen. Haut kaum verschieblich. Nach unten Uebergreifen in den submentalen und submaxillären Raum. Mehrere kleine bis bohnengroße Lymphknoten am Hals rechts tastbar. Trotz Bestrahlung verschlechterte sich Gesundheitszustand des Patienten. Man beschränkte sich auf symptomatische Behandlung. Patient am Krebs gestorben. Todestag nicht festzustellen.

Kr. 9. Behandlungsjahr 1929.

Joh. Sch. 75 J. Invalide. An der Unterlippe rechts, dicht neben der Mittellinie, erbsengroßes und mit Krusten belegtes Knötchen. Keine Drüsen tastbar. Bestand 1 Jahr.

Th.: Ausräumung der regionären Drüsen. Keilexcision des Lippentumors. — Juli 1934, d. h. 5 J. 5 Mon. nach Beginn der Behandlung, o. B.

Kr. 10. Behandlungsjahr 1928.

Heinr. Kr. 67 J. Landwirt. Vater starb am Karzinom der Unterlippe, Mutter am Magenkrebs. Drei Brüder, zwölf Kinder sind gesund, ein Bruder an Altersschwäche gestorben. Vor eineinhalb Jahren war die ganze Unterlippe rissig und wund. Bis auf die rechte Ecke heilte alles gut ab. Hier Bildung des Karzinomes. Dieses war bei Aufnahme des Patienten eine pfennigstückgroße, eitrig belegte und mit mißfarbenen Borken bedeckte Wunde der Lippe. Knotige Verhärtung nicht zu fühlen. Keine Drüsen tastbar.

Therapie: Ausräumung der regionären Drüsen und Keilexcision des Lippentumors. — Juli 1934, d. h. 6 J. 5 Mon. nach Beginn der Behandlung, o. B.

Kr. 11. Behandlungsjahr 1931.

Anna Dr. 52 J. Hausfrau. Knapp pfennigstückgroßes Karzinom an der linken Unterlippe. Kirschkerngroße regionäre Drüse tastbar. Bestand ½ Jahr.

Th.: Ausräumung der regionären Drüsen. Keilexcision der Lippengeschwulst. Röntgenbestrahlung postoperativ. — Juli 1934, d. h. 3 J. 7 Mon. nach Beginn der Behandlung, o. B.

Kr. 12. Behandlungsjahr 1932.

Herm. D. 49 J. Landwirt. In der Mitte der Unterlippe pfennigstückgroßes, flaches, ulceriertes Geschwür. Kaum Ver-

härtung der Umgebung. Besonders links waren submaxillär mehrere schmerzlose Drüsen palpabel. Bestand 3 Jahre.

Th.: Ausräumung der regionären Drüsen. Keilexcision des Lippentumors. Patient weigerte sich, sich bestrahlen zu lassen. Anfrage nach Gesundheitszustand des P. wurde nicht beantwortet.

Kr. 13. Behandlungsjahr 1933.

Wilh. F. 47 J. Weichenwärter. An der rechten Unterlippe Geschwür mit runzeliger Oberfläche. Schwellung einer regionären Drüse rechts. Bestand 3 Jahre.

Th.: Ausräumung der regionären Drüsen. Keilexcision des Lippentumors. Röntgenbestrahlung postoperativ. — April 1934, d. h. 7 Mon. nach Beginn der Behandlung, o. B.

Kr. 14. Behandlungsjahr 1934.

Wilh. Str. 65 J. Landwirt. Kirschgroße, harte, krustig belegte Geschwulst der Unterlippe. Drüsen schlecht tastbar. Bestand ¾ Jahr.

Th.: Ausräumung der regionären Drüsen. Keilexcision des Lippentumors. Röntgenbestrahlung postoperativ. — Juli 1934, d. h. 4 Mon. nach Beginn der Behandlung, o. B.

B. 9 im Wachstum fortgeschrittene Lippenkrebse, die ausschließlich bestrahlt wurden.

Kr. 15. Behandlungsjahr 1925.

Bernh. M. 73 J. Zimmermann. Am rechten Mundwinkel ein großer, völlig ulcerierter Tumor, der die ganze Unterlippe bis zum linken Mundwinkel, mehr als die Hälfte der Oberlippe und einen Teil der rechten Wange ergriffen hatte. Regionäre Drüsen rechts stark vergrößert. Der Tumor entstand vor eineinhalb Jahren.

Th.: Auf Röntgenbestrahlung bedeutende Verkleinerung der Ulcerationen. Die erkrankte Partie begann sich narbig zu kontrahieren. Patient konnte alle Speisen zu sich nehmen und fühlte sich wohl. Weitere dreimalige Röntgenbestrahlung des rechten und zweimalige des linken Unterkiefers. Wundfläche an den Lippen inzwischen vollkommen vernarbt. ½ Jahr später waren die Drüsen rechts bedeutend kleiner geworden, links hatte sich jedoch eine hühnereigroße Metastase an der Wange gebildet. Rechte Drüsenmetastasen nach wiederholter Röntgenbestrahlung

nekrotisch und eitrig zerfallen. Oberhalb des rechten Mundwinkels ein haselnußgroßes Recidiv. Röntgenbestrahlung der linken Wange. Juli 1926 wurde der Zustand des Patienten schlechter. Es trat Abmagerung ein, und die Eiterung nahm zu. — Patient im Juli 1926, d. h. eineinhalb Jahre nach Beginn der Behandlung, seinem Leiden erlegen.

Kr. 16. Behandlungsjahr 1925.

Heinr. Kr. 75 J. Landwirt. Kein Raucher. An der linken Seite der Unterlippe eine walnußgroße, ulcerierte Infiltration, die den linken Mundwinkel umgriff. Auf Druck quoll Eiter heraus. Drüsenschwellung nicht nachweisbar. Der Tumor bestand drei Wochen.

Th.: Röntgenbestrahlung. — Patient im Juli 1926, d. h. 7 Mon. nach Beginn der Behandlung, am Krebs gestorben.

Kr. 17. Behandlungsjahr 1926.

Heinr. H. 75 J. Rentner. An der rechten Unterlippe warzige Granulationen, die auf die innere Wangenschleimhaut übergriffen. Keine Drüsen tastbar. Bestand ½—1 J.

Th.: Es wurden 5 Röntgenbestrahlungen des rechten Mundwinkels vorgenommen. Darauf hier wesentliche Besserung, während an der Oberlippe inzwischen aufgetretene Knötchen sich zu einem großen, ulcerierten Tumor vereinigten. Es folgte Röntgenbestrahlung der Ober- und Unterlippe. Nach Radiumspickung der Lippen dort Besserung. 2 Mon. nach Beginn der Behandlung fanden sich an der Zungenspitze zwei neue papillomatöse Stellen mit entzündlich geröteter Umgebung. Deshalb Radiumspickung der Zungenspitze. Darauf zunächst auch hier Heilung. Nach 7 Monaten erneutes Recidiv der Lippen. Röntgenbestrahlung. Der Patient ist im Oktober 1927 seinem Krebs erlegen. Er lebte noch 2 Jahre nach Beginn der Behandlung.

Kr. 18. Behandlungsjahr 1928.

Wilh. W. 52 J. Landwirt. Patient rauchte ab und zu eine Zigarre, keine Pfeife. Im August 1927 Verhärtung der Unterlippe links. Entfernung des erbsengroßen Tumors durch Keilexcision anderwärts. Schon z. Z. dieses Eingriffes bestand Anschwellung und Verhärtung eines linken Lymphknotens. ½ Jahr nach Beginn seines Leidens kam Patient mit faustgroßem, ulceriertem, metastasischem Karzinom am Unterkinn und an seitlicher Halsgegend in die Klinik. Röntgenbild ergab Uebergang der Metastase auf den Knochen. Lippe gut verheilt. Fötor ex ore.

Th.: Behandlung der Metastase mit Röntgenstrahlen. — Der Patient ist im April 1928, d. h. 4 Mon. nach Beginn der Behandlung in Münster, am Krebs gestorben.

Kr. 19. Behandlungsjahr 1930.

Fritz H. 83 J. Landwirt. Nichtraucher. Zweimarkstückgroßes Geschwür an der Unterlippe links. Es bestand eineinhalb Jahre. Unter dem Unterkiefer links schmerzhafte, vergrößerte Drüse.

Th.: Es wurde Operation versucht. Da Patient jedoch schon bei der Lokalanästhesie kollabierte, entschied man sich zur Bestrahlung. Zunächst Radiumspickung der Unterlippe und Röntgenbestrahlung der Drüsen. An der Lippe verblieb kleine Ulceration. Durch erneute Bestrahlung wurde eine Heilung auf drei Monate erzielt. Keine Drüse tastbar, die Mundbewegungen frei. Später klagte Patient über Schmerzen am linken Unterkieferwinkel. Es trat Verdickung und Verbreiterung der Drüsenmetastase ein. Verwachsung mit dem Knochen. Trotz Bestrahlung weiteres Wachstum. Anfrage nach weiterem Verlauf der Erkrankung blieb unbeantwortet.

Kr. 20. Behandlungsjahr 1930.

Christian F. 74 J. Arbeiter. An der Unterlippe, ein Zentimeter vom linken Mundwinkel, eine himbeergroße Geschwulst mit warzenähnlichem, zerklüftetem Aussehen. Keine Drüsenschwellung feststellbar. Das Geschwür bestand ¾ Jahr.

Th.: Röntgen- und Radiumbestrahlungen verkleinern das Lippenkarzinom auf Linsengröße. Röntgenbestrahlung der regionären und Halsdrüsen. Extratumorale Radiumbestrahlung der Unterlippe. Karzinom darauf bis auf kleine Fisteläffnung verschwunden. Erneute Bestrahlungen. Im Mai 1932 konnte kein pathologischer Befund erhoben werden. — Juli 1934 klagt Pat. über einige „juckende Knöchels in der Lippe". Offenbar Lokalrecidiv nach 22 Monaten.

Kr. 21. Behandlungsjahr 1930.

Herm. M. 59 J. Mühlenbesitzer. An der Unterlippe rechts nahe dem Mundwinkel zweimarkstückgroßer Defekt. Unterhalb davon am Kinn noch drei kirschgroße, von gesunder Haut bedeckte Knoten. In rechter Unterkinngegend Weichteile erheblich verdickt. Es wurde bereits außerhalb ohne Erfolg mit Röntgenstrahlen behandelt. Das Karzinom bestand 1 Jahr.

Th.: Radiumbestrahlung, insbesondere Radiumspickung verkleinerte das Karzinom auf die Hälfte. Im Kieferkinndreieck leichte Verdickung mit Fistelbildung. Es entleerte sich seröses Sekret. Anfrage nach weiterem Verlauf der Erkrankung des Patienten blieb unbeantwortet.

Kr. 22. Behandlungsjahr 1931.

Hans Edler v. d. Pl. 68 J. Major a. D. Oberlippenkarzinom links.

Th.: Mehrfach wiederholte Radiumspickung. Defekt hatte sich darauf verkleinert. Neues unaufhaltbares Wachstum des Tumors führte im April 1932, d. h. 12 Mon. nach Beginn der Behandlung, zum Tode des P.

Kr. 23. Behandlungsjahr 1932.

Heinr. H. 68 J. Landwirt. Im linken Mundwinkel ein etwa dreimarkstückgroßes, von der Oberlippe ausgehendes, hartes Karzinom. Vorstehende Ränder, roter, trockener Grund. Drüsenschwellung nicht feststellbar. Der Lippentumor bestand 15 Mon.

Th.: Radiumspickung verkleinerte den Defekt. Wiederholte weitere Radiumbestrahlung brachte völlige Vernarbung. — Patient Juli 1934, d. h. 15 Monate nach Beginn der Behandlung, o. B.

C. Recidive nach Lippenkarzinomen.

1. 4 operierte Recidive.

Kr. 24. Behandlungsjahr 1929.

Heinr. K. 73 J. Eisenbahner. Ein kleines Knötchen der Unterlippe wurde nach halbjährigem Wachstum außerhalb excidiert. Beim Holzzerkleinern sprang dem Patienten ein Stück gegen das Kinn. Darauf trat dort Schwellung ein. Bei Aufnahme war Recidiv fest mit Kieferknochen verwachsen.

Th.: Nach Entfernung der Lymphdrüsengeschwulst Knochenabmeißelung. Entfernung der beiderseitigen Unterkieferspeicheldrüsen. Der Eingriff wurde in Narkose vorgenommen. Nach anfänglich gutem Verlauf und Ergebnis der Behandlung trat 8 Monate später ein neues Recidiv auf. Trotz Röntgenbestrahlung wuchs es zusehends. Patient am Krebs gestorben. Todestag nicht festzustellen.

Kr. 25. Behandlungsjahr 1931.

Heinr. Th. 54 J. Arbeiter. Durch Verletzung entstand 1916 eine Wunde an der Unterlippe. Nach Salbenbehandlung trat Heilung bis 1917 ein. Dann halfen Röntgenbestrahlungen bis 1918. Nach Wiederaufbrechen wurde operiert. Patient blieb bis 1925 beschwerdefrei. Anderwärts behandelte man das sich neu bildende Geschwür mit Salben. Gleichzeitig Strahlenbehandlung. Bis 1928 vernarbte die Lippe. Dann wiederum Aufbrechen und Excision des krankhaften Gewebes mit anschließender Plastik. 1931 wurde dem Patienten wegen des Geschwürs ein Stück des Unterkieferknochens herausgenommen. Fünf Knochensequester stießen sich in der Folge ab. Bei Aufnahme in die Universitätsklinik fand sich eine fünfmarkstückgroße Wunde. Das vordere Drittel des linken Unterkiefers war zurückverlagert.

Th.: Avertinäthernarkose. Excision des gesamten Karzinomes und Fortnahme entsprechender Partien des Unterkiefers. Seitliche Lappenbildung aus der Wange nach Dieffenbach. Entfernung einer Lymphdrüse. 2 Wochen nach der Operation entstand eine Pneumonie. Patient daran verstorben.

Kr. 26. Behandlungsjahr 1933.

Friedrich H. 73 J. Landwirt. Im Jahre 1919 bereits in der Mitte der Unterlippe eine Geschwulst, die excidiert wurde. Ein Jahr vor Aufnahme in die Klinik erneute Geschwultsbildung seitlich links von der alten Operationsnarbe. Entfernung 7 Monate, bevor Patient zur Universitätsklinik kam, außerhalb.

In Münster fand man verbackenes Drüsenpaket am oberen Rand des Musculus sternocleidomastoideus.

Th.: Drüsenexstirpation.

Histologisch wurde Plattenepithelkarzinom festgestellt. Anfrage nach Gesundheitszustand des Patienten wurde nicht beantwortet.

Kr. 27. Behandlungsjahr 1933.

Maria F. 57 J. Hausfrau. 1925 Geschwür an der rechten Seite der Unterlippe. Mehrmalige, zeitlich begrenzte Besserung (3—4 Mon.) nach Röntgenbestrahlung oder Höhensonne. 1928 wurde zum ersten Male excidiert. Darauf Heilung für ein Jahr. Anschließend Behandlung durch den Kurpfuscher. Der Befund ergab starke narbige Schrumpfung der Unterlippe. An entsprechender Stelle des Vestibulum oris Zahnfleischgeschwür.

Th.: Es wurde mehrere Male operiert. Zunächst Drüsenausräumung nach typischer Schnittführung. In weiterer Sitzung

Excision des narbig eingezogenen Tumors mitsamt Schleimhaut des Alveolarfortsatzes des Unterkiefers und der Lippe. Abmeißelung verdächtiger Stellen des Alveolarknochens. Anschließend Bildung einer Lippe mittels Plastik aus der Wange. Zur Verbesserung des kosmetischen und funktionellen Erfolges zwei weitere operative kleine Eingriffe. Patientin wurde 3 Monate später am Zahnfleisch links mit Radium bestrahlt. — 1 J. 3 Mon. nach Operation bekam sie am unteren rechten Alveolarfortsatz ein deutliches Recidiv. Juni 1934 wurde zur Operation geraten.

2. Bestrahlte Recidive.

Kr. 28. Behandlungsjahr 1925.

Gustav B. 64 J. Invalide. Drei Jahre vor Aufnahme in die Klinik Excision einer Geschwulst an der linken Unterlippe. Seit 4 Monaten Knotenbildung unter dem linken Unterkiefer. Befund ergab pflaumengroße, mit dem Knochen fest verwachsene Neubildung. Bereits vor 3 Wochen Drüsenexstirpation außerhalb. Die Drüsen saßen tief in der Muskulatur bis zur Wirbelsäule hin. Alte Operationsnarbe entleerte bei Behandlungsbeginn in der Universitätsklinik Sekrete. Ihre Umgebung war geschwollen.

Th.: Nach Röntgenbestrahlung ging Tumor in der Größe nur wenig zurück. Das Kauen begann beschwerlich zu werden. Patient am Krebs gestorben. Todestag nicht festzustellen.

Kr. 29. Behandlungsjahr 1930.

Johann K. 80 J. Landwirt. Patient hatte 3 Jahre lang ein Geschwür an der Unterlippe, das aus immer wieder aufbrechenden Rhagaden entstanden war. Es wurde außerhalb operativ entfernt. 4 Monate später kam Patient zur Bestrahlung einer kastaniengroßen, am Knochen nicht verschiebbaren Lymphdrüse in die Klinik. Röntgenologisch ergab sich Einwachsen des Tumors in den Unterkieferknochen.

Th.: Trotz wiederholter Röntgenbestrahlungen weiteres Wachstum. Beginnende Kieferklemme. Patient am Krebs gestorben. Todestag nicht festzustellen.

Kr. 30. Behandlungsjahr 1931.

Josef E. 61 J. Landwirt. Ein halbes Jahr lang bestehende Geschwulst der Unterlippe wurde in der Universitätshautklinik mit Radium bestrahlt. Darauf völlige Heilung der Lippe. Am Hals zunächst kein pathologischer Drüsenbefund. Ein Jahr später

entstand haselnußgroße, mit dem Kieferknochen verwachsene Geschwulst am rechten Unterkieferwinkel.

Th.: Röntgenbestrahlung. Bildung einer Metastase an der vorderen oberen Halsseite. Nach Röntgenbestrahlung verblieb am submaxillären Halsabschnitt eine derbe Infiltration. Seitlich Bildung eines großen, tiefen, kraterförmigen Ulcus. Unter Radiumbestrahlung leichte Verkleinerung. — Patient Anfang 1933, d. h. rund 1 Jahr nach Beginn der Behandlung in der Universitätsklinik, am Krebs gestorben.

Kr. 31. Behandlungsjahr 1931.

Johann Z. 70 J. Invalide. Vor 2 Jahren an Lippenkarzinom ohne Drüsenausräumung operiert. Kam mit faustgroßer, harter, dem Knochen aufsitzender Verdickung am linken Kieferwinkel zur Behandlung. Glatte Narbe in der Lippe.

Th.: Röntgenbestrahlung. — Patient am Krebs gestorben. Todestag nicht festzustellen.

Kr. 32. Behandlungsjahr 1930.

Anna H. 66 J. ledig. Schwester am Magenkrebs gestorben. Vor 3 Jahren Entwicklung eines Knotens der Oberlippe. Vor ¾ Jahr Operation außerhalb. An alter Stelle begann vor 8 Wochen starke Schwellung, die inzwischen ulcerierte. Nach Entfernung nekrotischen Gewebes fand sich an der rechten Innenfläche der Wange ein am Mundwinkel beginnendes, längliches Ulcus. In der Mitte der Oberlippe selbst eine haselnußgroße Verdickung.

Th.: Wiederholte Radiumbestrahlung. Es verblieben mit Borken bedeckte, knotige geschwürige Verdickungen. — Patientin einige Monate nach Abschluß der Behandlung am Krebs gestorben. Die Behandlung erstreckte sich über 5 Monate.

Kr. 33. Behandlungsjahr 1931.

Gerhard G. 52 J. Mühlenbesitzer. Eine kleine Geschwulst der Oberlippe, die etwa ½ Jahr bestanden hatte und aus einem Riß, der nicht heilen wollte, hervorgegangen war, wurde außerhalb operiert. 8 Monate später Bildung einer Schwellung am linken Kieferwinkel, die hart, rund, dick, vom Knochen bei Aufnahme des Patienten in die Klinik nicht verschieblich war.

Th.: Röntgenbestrahlung. Danach wesentliche Besserung. Verkleinerung auf Haselnußgröße. Nach 3 Monaten jedoch erneute Zunahme. Trotz Röntgenbestrahlung Infiltration der linken unteren Wange und Mundbodengegend. Kieferklemme. Behand-

lung abgebrochen. Es bildete sich ein enormer Tumor an der rechten Halsseite, Zerfall bis in die Mundhöhle. Patient November 1931, d. h. 8 Monate nach Beginn der Behandlung, gestorben.

Weitere Recidive nach in der chirurgischen Universitätsklinik behandelten Lippenkrebsen siehe Krankengeschichten: 8, 17, 19, 20.

D. 2 zur Prophylaxe bestrahlte, außerhalb bereits erfolgreich behandelte Lippenkrebse.

Kr. 34. Behandlungsjahr 1932.

Friedrich Z. 63 J. Arbeiter. Vor eineinhalb Jahren wegen Unterlippenkarzinom außerhalb operiert. Pathologischer Befund war nicht zu erheben. Prophylaktische Röntgenbestrahlung.

Kr. 35. Behandlungsjahr 1933.

Josef M. 53 J. Landwirt. An der linken Oberlippe wurde nach halbjährigem Wachstum außerhalb eine Geschwulst operiert. Path. Befund war nicht zu erheben. Prophylaktische Röntgenbestrahlung.

Literaturverzeichnis.

Berezov, E.: Entfernung der Unterkieferspeicheldrüse beim Lippenkrebs. Zentralorgan f. d. ges. Chir. Bd. 50, S. 213, Jg. 1930.

Borrmann, R.: Statistik und Kasuistik über 290 histologisch untersuchte Hautkarzinome. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 76, S. 410, S, 428, Jg. 1905.

Brewer: zitiert bei Stevart Harrison.

Broders, A. C.: Plattenepithelzellenneubildung der Lippe. Eine Studie über 537 Fälle. Zentralorgan f. d. ges. Chir. Bd. 7, S. 437, Jg. 1920.

Ebel, H.: Zur Statistik des Karzinoms der Unterlippe. v. Brunsche Beiträge Bd. 40, S. 826, Jg. 1903.

Fricke, H.: Beiträge zur Statistik des Hautkarzinoms. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 50, S. 96, S. 97, Jg. 1899.

Garré, Küttner, Lexer: Handbuch der praktischen Chirurgie. Bd. 1. Chirurgie des Kopfes, S. 672, Jg. 1921.

Haase, G.: Zur Kenntnis der Leukoplakia oris und der Lippen- und Zungenkrebse bei Rauchern. Dtsch. Monatsschrift f. Zahnheilk. Bd. 49, S. 929, 930, 937, 945, 948, 972, Jg. 1931.

Hüeter: zitiert bei Borrmann.

Hyndmann, O. R.: Lippenkrebs. Radiologie Bd. 16, S. 609, Jg. 1934.

Illigens, B.: Zur Röntgen- und Radiumtherapie der Schleimhautkarzinome der Mundhöhle und des Oberkiefers. Inaug.-Diss. Münster 1930.

Kennedy, R. H.: Das Lippenkarzinom in seiner besonderen Beziehung zu den Lymphdrüsenmetastasen. Radiologie Bd. 17, S. 530, Jg. 1934.

Kokorin, P.: Der Krebs der Unterlippe. Zentralorgan f. d. ges. Chir. Bd. 46, S. 27, Jg. 1929.

Loos: Zur Statistik des Lippenkarzinoms. v. Brunsche Beiträge, Bd. 27, S. 58, 59, 65, 72, 76, 90, 95, Jg. 1900.

Moleswoth, E. H.: Lippenkarzinom. Radiologie, Bd. 16, S. 257, Jg. 1934.

Novat: zitiert bei Haase.

Petroff, N.: Moderner Stand operativer, Strahlen- und kombinierter Methoden der Behandlung bösartiger Geschwülste. Zentralorgan f. d. ges. Chir. Bd. 58, S. 135, Jg. 1932.

Pflüger, O. H.: Die Behandlung der Halsdrüsen beim Krebs der Lippe, der Zunge und des Mundes. Zentralorgan f. d. ges. Chir. Bd. 67, S. 417, Jg. 1934.

Regaud, Cl. — Lacassagne, A.: Die Lymphdrüsen beim Lippen-, Zungen- und Mundbodenkrebs, ihre therapeutischen Indikationsstellungen, ihre Behandlung. Strahlentherapie Bd. 26, S. 221, Jg. 1927.

Schreiner-Mattick: Ergebnis der Strahlenbehandlung beim Lippenkrebs nach fünfjähriger Beobachtungszeit. Radiologie Bd. 16, S. 598, Jg. 1934.

Seifert, E.: Lehrbuch der Chirurgie des Kopfes und Halses für Zahnärzte.

Simmons, Channing, C. and Daland, M. E.: Operationserfolge beim Lippenkrebs. Zentralorgan f. d. ges. Chir. Bd. 21, S. 181, Jg. 1923.

Sistrunk, W.: Resultate der chirurgischen Behandlung des Lippenkrebses. Zentralorgan f. d. ges. Chir. Bd. 13, S. 236, Jg. 1921.

Statistisches Jahrbuch für das Deutsche Reich, 1933, Bd. 52, S. 15, 21. Jg. 1933.

Stevart Harrison: Das Lippenkarzinom. Radiologie Bd. 15, S. 374, Jg. 1933.

Thiersch: zitiert bei von Winiwarter.

v. Winiwarter, A.: Beiträge zur Statistik der Karzinome. Deutsche Chirurgie, Bd. 23, S. 650, Jg. 1892.

Wörner, A.: Ueber die Endresultate der Operationen des Lippenkrebses. v. Brunsche Beiträge Bd. 2, S. 135, Jg. 1886.

Lebenslauf.

Ich, Walter Kanne, wurde am 6. Oktober 1912 in Detmold als Sohn des Kaufmanns Kornelius Kanne geboren. Nach dreijährigem Besuch der Volksschule wurde ich Ostern 1922 in die Sexta der Oberrealschule meiner Heimatstadt aufgenommen. Ostern 1931 bestand ich an dieser Anstalt meine Reifeprüfung. Ich entschloß mich zum Studium der Zahnheilkunde in Münster und bestand im Dezember 1934 vor der Prüfungskommission der Universität mein Staatsexamen mit dem Prädikat „sehr gut".